

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 23 Décembre 1895, à 1 heure

Par JEAN CATUNÉANU

Né à Bucharest (Roumanie), le 8 janvier 1865.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE AU DÉBUT

(Signe d'Hégar)

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. RICARD.

Agrégés : MM. { LEJARS.
WALTHER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 23 Décembre 1895, à 1 heure

Par JEAN CATUNÉANU

Né à Bucharest (Roumanie), le 8 janvier 1865.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE AU DÉBUT

(Signe d'Hégar)

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. RICARD.

Agrégés : MM. { LEJARS.
WALTHER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....	{	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
	{	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	WALTER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WIDAL.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	BETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVENT.	MARFAN.	ROGER.	
DELBET.	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en donne leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Chirurgien de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.



INTRODUCTION



Les signes du début de la grossesse sont assez variables, chacun pris à part, pour ne pas apporter à l'esprit du médecin la certitude qu'il veut avoir, ou tout au moins un ensemble de probabilités qui lui permettent de dire qu'il y a grossesse. Cela est surtout vrai chez une femme qui est enceinte pour la première fois. Chez les multipares, le plus souvent les signes de probabilité en se renouvelant avec les caractères qu'ils ont eus dans les grossesses précédentes, le diagnostic devient moins hésitant, et les malades le font elles-mêmes. Il n'en est pas de même chez les primipares. A leur hésitation qui relève de l'inconnu, vient souvent s'ajouter la prudence du médecin qui ne trouve pas assez de signes pour se prononcer dans le sens de l'existence d'une grossesse. Ce sont

ces considérations qui nous ont poussé à faire connaître en détail et à exposer un signe auquel, en Allemagne et en Amérique, on accorde, à part de rares exceptions, une importance réelle. Après avoir discuté la valeur des signes du début de la grossesse, et avoir montré leur variabilité, nous étudierons ce signe peu connu en France, le signe d'Hégar. Puissent nos recherches apporter un peu plus de certitude dans l'examen de la parturiente, et avoir assez d'influence pour faire pencher la balance dans les cas où l'hésitation est permise.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser à nos maîtres, dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine, l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions oublier, au début de ces remerciements, le professeur Trélat, dont nous nous flattons d'avoir été l'élève. C'est lui, et M. le professeur agrégé Walter, alors chef de la clinique chirurgicale de la Charité, qui nous ont initié aux premiers éléments de la chirurgie. Nous leur en serons toujours infiniment reconnaissant.

Nous avons appris la chirurgie des enfants dans le service de M. le professeur Lannelongue. M. le docteur G. Marchant, qui l'a suppléé pendant une certaine période de notre stage, nous a donné assez de marques de sympathie pour que nous tenions à le citer à côté de nos maîtres.

Nous ne saurions oublier M. Ollières, qui a été notre maître à l'hôpital des Enfants malades.

Durant nos années d'externat, nous avons été successivement l'élève de M. le docteur Ribemont-Dessaignes, de M. le professeur agrégé Pozzi, de M. Picqué, de MM. Guyot et Rigal, à l'hôpital Beaujon. Ils ont tous été pour nous des maîtres bienveillants et affectueux, ne sachant pas ménager leur peine pour apprendre à leurs élèves les différentes parties de la clinique chirurgicale, obstétricale et médicale. Nous leur renouvelons ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Il ne nous a pas été permis d'être son externe. Nous tenons à le remercier bien vivement de la marque de sympathie qu'il nous donne, en acceptant d'être aujourd'hui notre juge, et nous le prions d'agréer l'hommage de notre profond respect.





CHAPITRE PREMIER

Le diagnostic de la grossesse, au début, présente souvent de grandes difficultés, et cela tient à l'insuffisance des signes perçus, ou, lorsqu'ils existent en nombre suffisant, à la variété de l'intensité de leurs manifestations. Lorsque, chez une femme bien réglée auparavant et normale, une suspension de règles vient à se manifester et à se renouveler une seconde fois, lorsque des modifications dans son caractère et dans son état général, un état nauséux et des vomissements apparaissent, il y a de grandes présomptions pour que tous ces phénomènes relèvent d'une grossesse qui commence. A ces signes fonctionnels viennent s'ajouter les signes fournis par l'examen des organes génitaux et par le toucher. La vulve, le vagin, peuvent déjà présenter une congestion plus ou

moins marquée, le doigt peut reconnaître que l'utérus a augmenté de poids, et quelquefois que sa forme est modifiée, qu'il est piriforme ou sphérique comme à trois mois.

Malheureusement, ces signes ne se présentent pas toujours avec la même importance, ou leur association n'est pas pour déterminer le médecin à penser de suite à une grossesse.

Les modifications, dans la qualité et dans la quantité des règles, ne sont pas toujours celles que nous signalions tout à l'heure. Une femme peut être réglée très irrégulièrement, ne voir que toutes les six semaines, et même rester des mois sans être réglée. Elle peut être enceinte néanmoins, et cela se voit chez les malades chloro-anémiques et chez les tuberculeuses, par exemple; l'on conçoit que, dans ces conditions, les renseignements fournis par la malade soient de bien peu d'importance pour le médecin qui hésite.

De même les modifications de l'état général et les modifications gastriques en particulier, auxquelles on attache tant d'intérêt, sont aussi bien variables. Telle femme ne ressent qu'un peu de lassitude, qu'elle pourrait attribuer à toute autre cause, ou même ne se plaint aucunement et déclare qu'elle ne s'est jamais aussi bien portée que depuis l'époque où remonte la grossesse, si elle existe. Telle autre, qui présentait déjà des troubles d'anorexie, n'a pas vu ces manifestations varier, et pourtant un examen complet fait prévoir qu'elle est grosse. Telle autre, qui avait des troubles dyspeptiques plus accentués, peut attribuer leur

augmentation à un écart de régime passager, et elle est d'autant plus éloignée de penser à une grossesse qu'elle a eu ses règles à l'époque prévue. Ces règles ont bien été modifiées dans leur abondance, elles lui ont paru un peu écourtées ou moins colorées, mais les modifications ont été si peu importantes qu'elles n'ont su attirer son attention de ce côté.

Du côté des autres signes, la pigmentation des téguments peut nous donner une présomption, mais cela ne pourrait encore se faire chez les femmes dont le teint est susceptible de présenter des modifications.

En définitive, dans bien des cas les signes fonctionnels manquent, sont minimes et insuffisants. Les signes physiques nous donnent-ils toujours de la certitude? Oui, quand ils existent et que l'on ne peut les rapporter à une autre cause. Etudions-les donc en détail, et voyons ce que nous pouvons attendre de leur constatation.

Le col de l'utérus peut nous fournir quelques renseignements. Ils consistent dans son changement de longueur, de forme et de situation.

On a dit que le col s'hypertrophiait; d'autres ont écrit qu'il ne subissait aucune modification de longueur. La majorité des auteurs admettent une opinion moyenne. On comprend que le renseignement fourni par cet examen ne puisse nous être de quelque utilité à cause de la variabilité de ce signe en général, et sa variabilité particulière à chaque sujet.

Sa forme ne nous donne pas plus de renseignements; sa conicité s'augmenterait chez les primipares, qui

ont déjà le col conique ; l'interprétation de cette exagération de conicité est donc bien difficile à faire dans le sens de grossesse.

Chez les multipares, le col présente peu de modification dans sa forme conique à base inférieure.

La situation et la direction du col seront aussi pour nous de peu d'importance ; on se rappelle, et nous n'y insisterons pas, maintenant qu'elle est abandonnée, l'opinion de certains auteurs qui disaient qu'au début de la grossesse le col s'abaissait. On ne comprenait pas comment une partie de l'utérus, le col, s'abaissât pendant que son autre portion, le corps, s'élevait, et comme l'on n'admettait pas l'hypertrophie du col dont nous avons déjà parlé, il fallut reconnaître que les modifications de situation du col pendant les deux premiers mois n'existaient pas.

Plus tard, du troisième au quatrième mois, il se produit un fait plus important pour nous : l'inclinaison de l'utérus d'un côté, grâce à la torsion ; le signe a déjà plus d'importance, car il n'y a que l'utérus gravide qui s'incline ainsi en se tordant, et lorsqu'on peut constater ce phénomène, il peut être d'une grande utilité pour établir un diagnostic. On reconnaît alors très bien la torsion de l'utérus par la palpation, et grâce à la situation des ligaments ronds qui sont perçus, au moins l'antérieur. Sur le côté opposé au ligament qu'on palpe, et en arrière, on ne peut saisir et sentir le second ligament rond qui est trop postérieur, mais par la pression sur la partie latérale et en masse, on détermine en un point postérieur une douleur

exquise qui est liée à la pression de l'ovaire de ce côté.

Au delà de ce terme, apparaissent des signes de certitude de grossesse ; il nous reste encore à parler, dans la période antérieure de quelques signes auxquels nous attachons, pour notre part, une grande importance : le ramollissement du col, l'augmentation de volume de la trompe, et la douleur provoquée par la pression et le signe d'Hégar.

Le ramollissement du col utérin est très important à saisir. Il existe, on le sait, dès le début de la grossesse et il est perçu par le doigt qui touche, plus qu'il n'est vu, grâce au spéculum. Pour s'en rendre compte, il suffit d'apposer le doigt au niveau de l'orifice externe, et d'appuyer légèrement ; on sent le doigt qui déprime sans résistance la partie avoisinant l'orifice externe et qui le refoule comme s'il entrait dans un corps rénitent, qui se laisse déprimer à ce niveau et qui va revenir sur lui-même. Cette sensation va là sur une hauteur variable avec l'âge de la grossesse, mais jusqu'à l'apparition des signes appelés de certitude, le ramollissement n'atteint que le quart inférieur de la portion vaginale du col. C'est un excellent signe ; nous verrons s'il n'existe pas dans d'autres affections externes.

L'augmentation du volume de la trompe n'est pas sans importance et n'a pas été signalée, que je sache, ou si elle l'a été, on n'a pas suffisamment insisté, à notre avis, sur les constatations que son examen peut fournir.

Pour procéder à cet examen, la femme étant couchée à plat, le doigt est porté dans le fond d'un des culs-de-sac, tandis que la main abdominale abaisse, par une pression soutenue, la paroi qu'elle déprime dans le bassin, au devant du doigt qui touche. Le doigt promené sur la masse abaissée sent en un point et sur une trainée de longueur variable un cordon petit, plus gros qu'un fil de fouet, qui est le volume ordinaire de la trompe, et la pression développée sur ce cordon détermine de la douleur. Quand, à notre avis, le doigt sent la trompe augmentée de volume, et douloureuse, on peut être à peu près sûr qu'il y a grossesse.

La trompe a participé, dès le début de la grossesse, et pour sa part, à l'augmentation qui se fait sur tous les éléments de l'utérus et des annexes; elle est douloureuse, et l'on sait que la pression sur tous les ligaments d'un utérus gravide détermine une douleur exquise. Il suffit de se rappeler l'angoisse, les plaintes et les mouvements que fait une femme enceinte pour se soustraire à l'opération lorsqu'on palpe les ligaments ronds à une époque plus avancée de la grossesse. Cet épaissement et cette douleur de la trompe, nous les avons maintes fois constatés à six semaines, et nous engageons fortement à la rechercher dans les cas douloureux; ils viennent, quand leur constatation est faite, apporter au médecin une grande sûreté de diagnostic.

Nous voulons aussi attirer l'attention du médecin sur la constatation des mouvements de l'enfant. Il est de règle de dire que ces mouvements sont perçus vers

quatre mois et demi par la mère lorsqu'elle est primipare. La multipare les sentirait plus tôt, non pas parce qu'ils se produisent plus tôt chez elle, mais parce que les ayant sentis déjà dans des grossesses antérieures, elle interprète plus exactement les mouvements qui se passent dans son utérus, parce qu'elle les connaît. Aussi, est-il fréquent de voir une femme multipare qui sente remuer à quatre mois. Il y a même des cas où les mouvements sont perçus plus tôt par les femmes, et l'on rencontre des cas où les femmes qui analysent bien leurs sensations, affirment avoir senti remuer vers trois mois et demi. Un auteur allemand, Löhlein (1), a été plus loin dans ce sens, et admettant que les femmes sentent remuer entre quatre mois et quatre mois et demi, recommande dans les cas douteux de pratiquer l'auscultation du ventre trois à quatre semaines avant l'époque présumée des mouvements sentis par la mère, et souvent il a pu déceler ainsi et différencier les mouvements actifs du fœtus qui existaient déjà quoique non perçus par la mère. Ce sera donc encore dans les cas douteux une recherche que l'on pourra faire, mais nous craignons qu'elle ne soit pas aussi souvent fructueuse que veut bien le dire Löhlein.

Il nous reste maintenant en dehors des questions de poids de l'utérus constatées par le toucher, et qui peuvent être liées à une toute autre cause que la gros-

(1) *Löhlein*. In *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1889, n° 25, p. 502.

sesse; à nous appesantir un instant sur un signe de la plus haute importance pour le diagnostic de la grossesse, lorsque l'on vient à le constater; nous voulons parler de la contraction de l'utérus sous la main qui palpe. Sur une femme que vous supposez enceinte de trois mois au moins, placez la main sur l'utérus qui déborde déjà de deux bons travers de doigt la symphyse du pubis, et attendez. Dans un premier examen vous pouvez ne rien sentir, renouvelez l'examen et à un moment, sous la main qui appuie, vous sentirez un corps se durcir, puis revenir à la consistance normale élastique de l'utérus que vous sentiez tout à l'heure. C'est sûrement l'utérus qui s'est contracté, et c'est un utérus gravide qui s'est contracté. Ce ne peut être la vessie qui, même pleine, ne vous aurait donné qu'une sensation continue et égale de consistance, et que vous auriez d'ailleurs pu éliminer par un cathétérisme. Ce n'est pas, ou plutôt ce n'est qu'exceptionnellement, un utérus fibromateux qui aurait pu vous donner cette sensation, et il l'a donnée si rarement que, d'emblée, vous pouvez éliminer cette hypothèse.

Etudions maintenant le signe d'Hégar.





LE SIGNE D'HÉGAR

— 69 —

On donne en Allemagne et en Amérique le nom de signe d'Hégar au phénomène suivant, que l'on constate au début de la grossesse, et qui est perçu par le palper combiné au toucher rectal ou vaginal : il existe, au dessus de la portion vaginale du col utérin et entre le col utérin et le corps, une région mince, ramollie, qui peut être comprimée entre le doigt vaginal ou rectal et la main qui déprime la paroi abdominale, qui peut être comprimée jusqu'à ne plus présenter qu'une épaisseur telle qu'il semble à l'observateur que ses deux doigts ne sont plus séparés que par une couche très mince qui, dans certains cas, a l'épaisseur d'une carte. Ce signe que l'on doit toujours rechercher suivant Hégar, Remul, Compes, Löhlein, S. Müller et E. Sontag, et qui est caractérisé par cette compres-

bilité spéciale, peut être, comme nous le verrons, d'une grande utilité diagnostique pour reconnaître une grossesse ou surtout pour en éliminer l'existence.

Mais quelle région de l'utérus comprime-t-on lorsqu'on perçoit ce signe? Les auteurs ont un peu fait dévier la question à ce sujet : J. Veigt écrit que c'est toute la portion située au dessus de la partie vaginale du col qui est ramollie. C'est exagéré, et Sontag précise bien en disant que c'est au dessus de l'isthme de l'utérus, que c'est la portion toute inférieure du corps de l'utérus qui fournit cette constatation à l'observateur. C'est au niveau de cette partie qui contribuera à former le segment inférieur de l'utérus à terme.

Pour rechercher le signe, après avoir calmé l'anxiété de la malade, et l'avoir engagée à laisser toucher la paroi abdominale, il suffit de porter au devant l'un de l'autre les deux doigts qui palpent et qui touchent.

Toutes les conditions ordinaires susceptibles de rendre le palper abdominal difficile peuvent se trouver réunies ici, et à l'exemple de Löhlein, on ne doit pas hésiter à anesthésier la malade, surtout dans les cas où la constatation du signe ou sa non existence doivent être établies nettement. C'est à tort que l'on pourrait croire que, pour découvrir le signe, il faille un développement du sens tactile à un haut degré ou une dextérité extraordinaire, et que les gynécologues seuls soient capables de le trouver.

Tous peuvent le constater, surtout après chloroformisation. On sent alors au dessus « du col plus dur et

plus étroit, la mollesse et la compressibilité du segment inférieur plus large. Cette mollesse et cette compressibilité sont plus prononcées vers le milieu de cette région que sur les côtés ». C'est un détail qui est signalé encore par Sontag, et sur lequel il insiste maintes fois dans les observations que nous rapportons plus loin. Cette inégalité de consistance des parties moyennes et latérales, tout en ayant frappé les auteurs et attiré leur attention, n'a pas été interprétée par eux, et aucune hypothèse n'a été faite pour l'expliquer. Elle pourrait selon nous trouver sa raison dans les dispositions anatomiques normales. Sur les parties latérales de l'utérus, les vaisseaux sont beaucoup plus nombreux, et si nous nous reportons à la texture du tracé utérin, nous voyons que la couche musculaire moyenne forme, autour des vaisseaux artériels et des sinus utérins, des anses qui en s'unissant à des anses semblables finissent par constituer un canal jusqu'au centre duquel se trouve le vaisseau. L'abondance des fibres en anse, sur les parties latérales de l'utérus par où passent tous les vaisseaux qui vont se ramifier sur les faces antérieures et postérieures, nous paraît expliquer le degré de résistance des parties latérales de ce « segment inférieur », et la facilité moindre qu'a l'observateur de les déprimer et de les comprimer.

Quoi qu'il en soit de la valeur de l'hypothèse que nous émettons, le fait est que sur les parties ramollies et susceptibles d'être amincies par double pression, la consistance est inégale, plus accentuée sur les parties latérales le long de deux trainées qui montent en

éventail vers le corps utérin, plus faible sur la partie moyenne.

Cette sensation, on l'a, si l'utérus est en antéverson, en portant le doigt vaginal dans le cul-de-sac antérieur contre la paroi utérine. Dans les cas de rétro-déviation de l'utérus, la main abdominale plongeant dans le bassin en arrière de la symphyse pubienne rencontre le doigt vaginal situé en arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur, sur la paroi postérieure de l'utérus.

L'examen par la voie rectale peut être fait et même doit être préféré, car le doigt sent les ligaments sacro-utérins, qui sont un bon point de repère. L'insertion de ces ligaments à l'utérus, se faisant légèrement au dessus de l'orifice interne, nous indique quand elle est sentie que c'est immédiatement à côté et au dessus d'elle que l'on doit rechercher le point ramolli et dépressible, et « la compressibilité caractéristique du segment inférieur de l'utérus indique toujours la présence d'un œuf qui se développe » (E. Sontag).

La recherche du signe d'Hégar doit être faite avec attention et ménagement. Il faut éviter des examens répétés et prolongés, pour ne pas irriter l'utérus et ne pas provoquer quelques contractions douloureuses. Sontag, qui le fait toujours rechercher à sa clinique par les étudiants qui la suivent, déclare que l'examen auquel on se livre n'est pas aussi dangereux qu'on pouvait le croire au premier abord. Il n'a vu que deux cas dans lesquels la recherche du signe a provoqué quelques malaises, et c'était à la suite d'examens faits

par des étudiants novices. Dans un cas, il y eut légère hémorrhagie, il s'agissait, il est vrai, d'une femme qui en avait déjà présentée dès le début de sa grossesse. Dans un second cas, une légère perte de sang avec des douleurs dans le ventre fut constatée, mais cela ne dura pas et l'avortement n'eut pas lieu. Néanmoins il faut savoir que ces accidents peuvent se renouveler pour pouvoir prendre les précautions nécessaires afin de les éviter.



FIG. I.

(Tiré du travail de Sontag.)

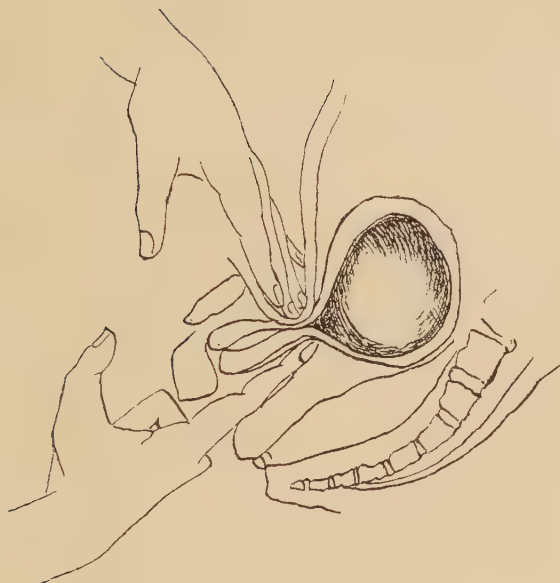


FIG. II.

(Tiré du travail de Sontag.)

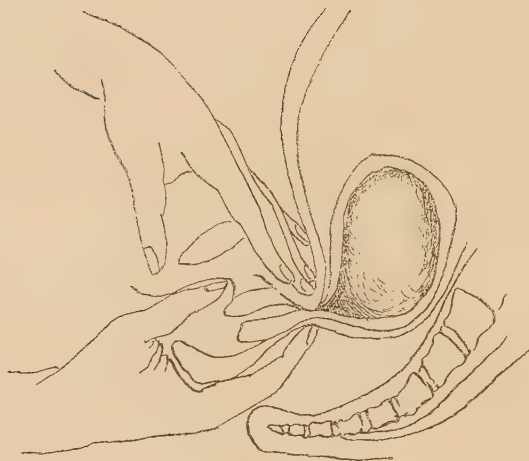


FIG. III.

(Tiré du travail de Sontag.)



OBSERVATION I (Löhlein).

R..., 33 ans, deuxième grossesse. A eu ses dernières règles fin octobre 1883. Examinée le 29 janvier 1884.

Les seins sont très développés. Les tubercules de Montgomery accentués, l'aréole et les mamelons ne sont pas turgescents. A la pression, on fait sourdre un peu de colostrum très clair. Le ventre est tendu et le tissu adipeux remarquablement développé. La ligne blanche présente une légère tache de pigmentation. La muqueuse vulvaire n'est que légèrement bleuâtre ; la paroi interne du vagin est plus colorée. La portion du vagin, voisine de l'orifice utérin externe, et surtout le cul-de-sac antérieur, sont tout à fait bleus. Par places, elle est pâle, un peu tuméfiée.

Le corps de l'utérus a le volume d'une petite tête d'enfant, il est dur. Pratique-t-on le toucher rectal et s'avance-t-on en bas et en arrière, on parvient à rencontrer le col utérin. Si on appuie un peu avec l'extrémité du doigt, on sent la partie supérieure du col s'échapper en bas ; le corps, au contraire, s'échappe en haut, et on a la sensation que le col de l'utérus finit nettement en haut et est pour ainsi dire indépendant du corps. Avec une pression moyenne, on se convainc que le corps semble cesser à ce niveau, il existe, au dessous de là, une por-

tion ramollie. Si l'on appuie soit en haut soit en bas sur la limite de cette portion ramollie, son union avec les parties voisines paraît méconnaissable, et il faut toucher avec soin au point de jonction de cette portion ramollie soit avec le corps, soit avec le col pour sentir que cette masse étendue et molle se confond avec le col et avec le corps. Cette masse ramollie dans toute son étendue se laisse comprimer entre les doigts et se laisse amincir. Diagnostic : grossesse au troisième mois.

OBSERVATION II (Löhlein).

H..., de Fribourg, 30 ans, multipare. A eu ses dernières règles au milieu de novembre 1883 et a été examinée le 7 février 1884.

Par le toucher rectal, on sent le col qui se présente comme une languette dure, longue de 4 centimètres, se confondant en haut avec le corps mou de l'utérus qui a la grosseur d'une tête d'enfant.

Si en même temps on palpe la paroi abdominale et qu'on la comprime en introduisant le doigt dans le rectum jusqu'à ce qu'on arrive sur l'isthme de l'utérus, c'est alors que l'on constate la possibilité d'aplatir la portion adjacente au col. On a entre les doigts une masse de tissu large d'environ 5 à 6 centimètres, épaisse de 1 centimètre environ en son milieu et très molle. Sur les côtés, cette masse devient plus dure et un peu plus épaisse, elle monte à partir du col, en forme d'éventail.

OBSERVATION III (Löhlein).

M..., 29 ans, multipare, quatrième grossesse, a eu ses der-

nières règles au commencement de février 1884. Elle est examinée le 15 avril.

Par le rectum, on sent le col de l'utérus long de 3 centimètres, dur, et que l'on peut très facilement différencier du corps de l'utérus qui est mou et de la grosseur d'une tête d'enfant. Les parois du corps se laissent comprimer, précisément au point de jonction du col et du corps, de façon à devenir entièrement plates, à tel point que l'on pourrait croire qu'il n'y a aucune continuité entre les deux portions.

OBSERVATION IV (Löhlein).

B..., 40 ans, multipare, quatrième grossesse. Dernières règles, fin février. Examinée le 16 mai 1884.

Par le toucher rectal, le col utérin est facilement distingué du corps qui a la grosseur d'une tête d'enfant, qui est mou et fléchi à angle droit. Au niveau de l'isthme, on peut comprimer une portion ramollie à tel point qu'il semble qu'on n'a, entre les doigts, qu'une paroi excessivement mince.

OBSERVATION V (Löhlein).

X..., 37 ans, deuxième grossesse. A eu ses dernières règles au commencement d'avril, et est examinée le 15 juin 1884.

Toucher rectal. Le col de l'utérus a 4 centimètres environ de longueur. Le corps de l'utérus est élastique et mou, de la grosseur du poing. Un doigt étant introduit dans le rectum, en haut et en avant, pendant qu'avec l'autre main placée immédiatement au dessus de la symphyse on déprime la paroi abdominale, on sent le segment inférieur ramolli se laisser com-

primer et, de 3 centimètres qu'il pouvait avoir au début de la manœuvre, on parvint à le réduire, à ne plus avoir que l'épaisseur d'une membrane très mince.

OBSERVATION VI (Löhlein).

X..., 28 ans, primipare. Dans la nuit de Noël 1883, elle accouche spontanément. Ses couches ont été normales. Depuis son accouchement, elle se plaint de douleurs dans le ventre, de manque d'appétit, de courbatures. Ses règles, depuis son accouchement, n'ont pas reparu.

Examinée le 10 juin 1884. Le col utérin est long de 3 centimètres, il est assez épais. Au dessus de l'insertion des ligaments sacro-utérins, on sent nettement le commencement du corps qui se limite d'une façon exacte du col de l'utérus par sa consistance molle et par son épaisseur considérable. Par le palper de la paroi abdominale combiné au toucher rectal, on sent la région intermédiaire se laisser déprimer et comprimer de telle façon que les doigts paraissent se toucher ou plutôt paraissent n'être séparés que par une membrane à peine sensible.

OBSERVATION VII (1^{re} de Compes).

M... H., 24 ans, primipare, dernières règles au commencement d'octobre 1884. Examinée le 25 novembre 1884. Les seins sont peu développés, le vagin est bleuâtre dans le voisinage de la vulve, il est le siège d'une sécrétion purulente. Le col de l'utérus a une forme allongée et mesure 5 centimètres. Au-dessus le corps de l'utérus est mou et élastique. Par sa

partie supérieure il arrive au niveau du promontoire, et par sa partie inférieure il arrive à peine au « Spinalebene ».

Par le toucher rectal, on sent très nettement le point d'union du corps et du col, mais si l'on vient à comprimer au-dessus du col la portion inférieure du corps, entre les deux doigts, alors on sent qu'il ne reste guère qu'une petite épaisseur de tissus, que l'on peut évaluer à 4 à 5 millimètres. Le corps a la grosseur du poing.

OBSERVATION VIII (II de Compes).

E... S., 36 ans, troisième grossesse, a eu ses dernières règles au mois de mars 1885, elle est examinée le 12 mai 1885. La paroi vaginale est pâle, à part la portion qui avoisine le col de l'utérus qui présente une coloration bleuâtre, des érosions, et qui est le siège d'une sécrétion purulente. Le corps de l'utérus a la grosseur d'une orange, il est mou. Tout à fait sur la ligne médiane, la paroi antérieure et la paroi postérieure de l'utérus se laissent comprimer jusqu'à une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Sur les côtés, au contraire, on est empêché d'arriver à constater cette manière par l'existence d'une portion plus dure, et plus résistante.

OBSERVATION IX (III de Compes).

B... S..., 32 ans, sixième grossesse, dont deux avortements, a eu ses dernières règles au commencement de décembre 1884 et a été examinée le 11 février 1885.

La malade a des varices ; le vagin est cyanosé, il s'écoule du pus de son intérieur. L'orifice interne est fendu transvers-

salement, il n'est pas érodé. Le corps de l'utérus est dur, il a le volume du poing. Le col est long de 5 centimètres. On peut, à la partie supérieure du col comprimer le corps, jusqu'à ne plus avoir entre les doigts qu'une épaisseur de 5 millimètres. Dans ce cas particulier, il n'y a pas, sur les côtés de la portion compressible, de résistance notable et ce signe surtout manque à gauche.

OBSERVATION X (IV de Compes).

B... W..., 39 ans, multipare, dernières règles en octobre 1884; examinée le 7 février 1885. Rien à signaler si ce n'est que les parois vaginales sont relâchées, le vagin allongé.

Toucher rectal. Le col est épaissi d'une façon extraordinaire; à sa partie supérieure il est mou. À 5 centimètres environ au-dessus de l'extrémité du museau de tanche, on sent une mollesse remarquable de la portion de l'utérus qu'on a sous le doigt. Cette portion est tellement compressible que l'on a tout au plus une masse d'un centimètre environ d'épaisseur entre les doigts. Sur les côtés cette masse est un peu plus épaisse.

Immédiatement au-dessus de cette région compressible, commence une partie faisant tumeur, molle, et de la grosseur d'une tête d'enfant, c'est le corps. La compressibilité semble exister jusqu'à un certain degré sur une hauteur un peu plus grande que celle du segment inférieur.

OBSERVATION XI (V de Compes).

U... H..., 20 ans, primipare, dernières règles fin juin 1884; examinée le 12 novembre 1884.

La muqueuse vaginale est rougeâtre, la portion vaginale du col a 3 centimètres d'épaisseur, il est érodé.

Les seins sont petits, les tubercules de Montgomery sont très développés; la sécrétion lactée existe.

On constate au toucher rectal que le col a 4 centimètres environ de longueur. Au dessus de lui, on sent nettement la partie du col qui se continue avec le corps. A leur intersection, il existe une région très compressible, et si dépressible que l'on a la sensation que le doigt rectal et la main abdominale se touchent.

OBSERVATION XII (VI de Compes).

M..., 44 ans, multipare, sixième grossesse, dernières règles milieu de janvier 1884. Examinée le 11 juillet.

La portion vaginale du col est épaissie, pâle, longue de 2 centimètres, l'orifice utérin est fendu latéralement, érodé, et le siège d'une sécrétion muqueuse. Le corps de l'utérus est arrondi, il a le volume d'une tête d'enfant. La consistance est inégale, dure par places, ailleurs molle.

Le col de l'utérus par le toucher rectal a 4 centimètres de long; sa consistance est assez ferme. Sa partie inférieure se continue avec le corps qui est épais, mais plus mou que lui.

Par le palper combiné au toucher on sent sur le segment inférieur de l'utérus une portion susceptible de s'aplatir et de se comprimer de telle façon qu'on croit avoir entre les doigts une couche de tissu très mince.

OBSERVATION XIII (VII. de Compes).

X..., 28 ans, multipare, cinquième grossesse. Dernières règles indéterminées. Examinée le 6 mai 1885.

La malade a des varices ; le vagin est bleuâtre et sèche du pus. Le corps de l'utérus a le volume d'une petite tête d'enfant. Il se continue avec le col de l'utérus qui a une longueur de 3 à 4 centimètres. Sur le segment inférieur de l'utérus les doigts peuvent se rapprocher jusqu'à une distance de 5 à 6 millimètres. Au-dessus on sent le corps de l'utérus assez dur, et la masse que l'on a sous le doigt se durcit à mesure que l'on s'élève. Sur la partie gauche, la dureté est plus grande en un point.





DIAGNOSTIC
DE LA
GROSSESSE AU DÉBUT



Le diagnostic de la grossesse au début doit être fait par les signes fonctionnels et les signes physiques.

Nous avons vu que les premiers étaient très variables dans leur modalité, et que si, dans certains cas par leur réunion ils font prévoir la grossesse, souvent leurs manifestations sont incomplètes. Si, avec ces caractères, la suppression des règles n'est pas absolue, surtout chez une femme qui perdait peu au moment de ses époques habituelles, le diagnostic devient très hésitant.

C'est aux signes physiques et à tous, qu'il faut alors demander les renseignements dont on a besoin et, à ce sujet, les rechercher avec le plus de soin et le plus d'exactitude possible, et les rechercher tous successivement.

Nous ne reviendrons pas sur les signes admis ordinairement, et même sur la contraction de l'utérus grévde. Nous savons que ce signe a une grande importance et que la sensation qu'il fournit n'a été donnée que dans un autre cas, sur lequel M. Maygrier, dans ses leçons cliniques a particulièrement insisté. Nous voulons parler de la contraction qui peut surgir dans un fibrome de l'utérus, et encore, n'existe-t-elle que lorsque l'utérus est grévde. Le fibrome a augmenté de volume et s'est ramolli, il se contracte parfois, mais jamais il ne donne, à la main qui l'examine, la sensation de corps élastique que fournit l'utérus grévde.

Le diagnostic de la grossesse devra surtout être fait avec les fibromes qui s'accompagnent de symptômes rappelant la métrite. L'irrégularité des pertes sanguines, l'augmentation du volume de l'utérus et les phénomènes sympathiques réflexes peuvent faire penser à l'existence d'une grossesse. L'absence du signe d'Hégar constaté par le toucher vaginal ou rectal, viendra lever les doutes et permettre à ce moment un cathétérisme de l'utérus qui montrera l'augmentation du volume de l'utérus, sans que cet utérus soit habité.

La congestion utérine n'a pas l'épaississement de la trompe, elle a encore moins la portion amincie et ramollie du corps de l'utérus que nous avons signalée. L'absence de ces deux signes élimine le diagnostic de grossesse, quoique les règles aient subi des modifications dans leur quantité, et dans l'époque de leur

apparition. La congestion de l'utérus s'accompagne aussi de ramollissement du col, mais ce ramollissement porte sur toute la portion vaginale. Tandis que dans la grossesse, et au début, il reste toujours limité à la partie la plus voisine de l'orifice externe de l'utérus.

La métrite chronique a un utérus dur, non élastique, ce qui est déjà un grand signe, elle a les phénomènes dyspeptiques; chez elle ils sont constants, ce qui n'est pas, nous le savons, nécessaire dans les cas de grossesse.

Elle a, l'aménorrhée, mais, elle ne s'accompagne pas, lorsqu'il n'y a aucun retentissement sur les annexes, de modification du côté des annexes qui ne sont pas perçues. Si les annexes sont touchées légèrement aussi, il faudra ajourner son diagnostic; un second examen montrerait que l'utérus n'a pas varié, ou que s'il a augmenté de volume, la perception du signe d'Hégar est possible.

Nous ne signalons que pour mémoire dans le diagnostic de la grossesse au début, qu'il faut songer à la rétention des règles dans l'utérus, et au cancer du corps utérin, pour nous arrêter au diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine et de la grossesse utérine grâce au signe d'Hégar. La constatation de ce signe aurait permis, dans bien des cas de faire le diagnostic de grossesse intra-utérine, et pourtant nous signalons plus loin des observations où, par suite de la non recherche de ce signe, on est allé faire une opération pour une tumeur que l'on croyait formée par

une grossesse développée anormalement, quand c'était tout autre chose.

Un exemple de cette erreur nous est soumis par le docteur Wenning (1) dans l'*American journal of obstetrics*, 1890.

Il s'agissait d'une malade aménorrhéique depuis quinze semaines qui fut examinée après anesthésie parce qu'elle se plaignait de douleurs continues à l'hypogastre. L'utérus avait quelque peu grossi et était en anté version; en outre, la cavité utérine vide et on introduisit à son intérieur une sonde qui pénétra de trois pouces. Cet examen fut répété une semaine après le premier. Deux semaines après avoir fait une piqûre de morphine, le médecin traitant trouve une tumeur à droite, et soupçonne une grossesse extra-utérine. Cette tumeur située au dessous de l'ombilic et à droite formait une masse solide et mobile; les déplacements en étaient douloureux. Pas de contractions perçues à son niveau.

Le col était situé en haut dans le bassin, légèrement porté à gauche et tourné vers le sacrum. Il était un peu augmenté de volume et quoique mou à la surface, il était dur au dessous et presque fibreux.

A l'examen bimanuel, l'utérus paraissait en anté-version et incliné à gauche, tandis que la tumeur prin-

(1) *Wenning*. A remarkable case of dextrotorsion of the pregnant uterus simulating extra-uterine frequency. In *Am. J. of obst.*, 1890, p. 155.

cipale occupait le côté droit, et semblait être indépendante de l'utérus. Une sonde fut introduite plusieurs fois dans le col et dans un examen pénétra à la profondeur de quatre pouces et demi. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, et comme les douleurs accusées par la malade augmentaient, on essaya de tuer le fœtus. Les injections de morphine et l'électricité échouèrent de même que l'aspiration du liquide amniotique. Finalement la laparotomie fut pratiquée et alors on vit que la tumeur supposée était un utérus gravide et tourné à droite. Pendant l'opération, la sonde fut de nouveau introduite dans le col, et repassa facilement dans le trajet. Le ventre fut refermé.

Le soir de l'opération, un fœtus de six mois était expulsé, et trois jours après la mère mourut de péritonite aiguë purulente.

Cette observation est particulièrement intéressante pour nous. Wenning soutient que l'observateur le plus expérimenté se serait trompé comme lui. Nous sommes convaincu avec E. Sontag que, s'il avait recherché le signe d'Hégar dans ce cas, il eût évité son erreur.

A côté de cette observation, et comme contre-partie, nous trouvons dans un article publié par Sontag des observations où cette erreur a été citée. C'est d'abord le cas « d'une femme multipare arrivée à la fin du sixième mois ou au commencement du septième, chez laquelle, grâce à la minceur spécialement marquée des parois abdominales et utérines, les parties fœtales semblaient être situées très superficiellement, Le médecin

qui avait été appelé par la malade à cause de douleurs abdominales, avait trouvé dans le côté gauche du bassin un corps ayant la forme, la grosseur et la consistance d'un utérus normal. Ayant senti à droite et au dessus de ce corps un sac lâche et mou dans lequel il discernait les parties fœtales, il avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine. Pendant l'examen clinique, Sontag trouva, grâce à la compression aisée et prononcée, qu'il existait une connexion immédiate entre le col hypertrophié et situé de côté, et le corps utérin mou et contenant le fœtus. Douze semaines après, la malade accouchait de deux jumeaux.

Un autre cas très analogue à celui-là fut envoyé à la clinique de Sontag en 1891. Le médecin qui envoyait la malade avait pensé encore à une grossesse extra-utérine.

La femme était enceinte de quatre mois. Comme dans le cas ci-dessus, il trouva à gauche et près des parois du bassin un corps ferme, qu'il prit pour l'utérus non gravide, tandis qu'à droite et au dessus de lui, il existait une masse molle, élastique, qui semblait complètement séparable de l'autre corps. Un examen fait sous l'anesthésie par Sontag, montra tout de suite l'état exact des choses. Le corps senti à gauche du bassin et pris pour l'utérus n'était que le col légèrement hypertrophié. Il était en connexion immédiate avec l'utérus mou et gravide, de la grosseur d'une tête d'enfant, dont la partie inférieure était éminemment compressible.

Deux nouvelles observations de Olshausen et

Gusserow, et rapportées par Selmair (1), prouvent que de telles erreurs sont fréquentes. Dans les deux cas on prit pour une grossesse extra-utérine, une grossesse utérine et dans les deux cas l'erreur était due à ce que le col hypertrophié était pris pour le corps de l'utérus, tandis qu'on prit l'organe réel en état de gestation pour un ovaire extra-utérin. Dans le cas d'Olshausen un latéro-fibrome gauche très prononcé contribua à faire porter un diagnostic erroné, tandis que dans le cas de Gusserow, le col hypertrophié était situé derrière la symphyse, et en avant du prétendu sac extra-utérin. Dans le premier cas, la laparotomie fut faite et le ventre refermé après la constatation de l'erreur. Dans le second cas, une tentative de cathétérisme utérin suffit pour faire le diagnostic. Ces deux erreurs eussent été évitées si l'on avait recherché le signe d'Hégar.

Engelman de Saint-Louis, rapporte aussi deux cas dans lesquels une grossesse intra-utérine fut prise pour une grossesse extra-utérine, à cause de la minceur excessive des parois utérines.

La première femme avait eu trois enfants déjà, et n'avait pas vu ses règles depuis la naissance du dernier, qui remontait à 20 mois, et qu'elle nourrissait encore. Elle vint consulter Engelman, parce qu'elle avait constaté au niveau de l'anse droite la présence

(1) *Selmair*. On Primary Isolated Hypertrophy of the supra-vaginal Portion of the cervix. Berlin, 1891.

d'une tumeur s'accroissant de plus en plus et provoquant des douleurs dans la région. Quelques troubles stomacaux.

L'examen démontra l'existence d'une tumeur mobile au-dessus de l'aîne. L'hystéromètre flexible pénétra dans le col sur une longueur de 3 centimètres. Il n'y avait aucune connexion apparente entre la tumeur constatée à droite et un autre organe. Le diagnostic porté fut celui d'une tumeur soit superposée à l'utérus, soit attenant à la paroi antérieure de l'utérus. Cette tumeur était ronde, solide, dure. On attendit. Un nouvel examen fut fait, on remarqua des modifications à son niveau, mais cela ne ressemblait pas à des contractions d'un utérus gravide. A quelque temps de là, un nouvel examen permit de sentir les petites parties fœtales. On recommanda à la malade de revenir à la plus légère douleur, la supposant atteinte de grossesse extra-utérine. L'hystéromètre pénétrait graduellement plus loin, mais jamais dans la direction où l'on sentait l'enfant. On n'avait aucune raison de croire que son introduction se faisait dans un utérus gravide. Le diagnostic fut éclairé par l'expulsion d'un embryon de cinq mois.

L'autre cas était à peu près analogue. Les parois utérines étaient là, encore très minces. L'introduction de l'hystéromètre permit de rectifier le diagnostic et l'enfant arriva à terme.

Toutes ces erreurs sont donc évitées par la recherche du signe d'Hégar. Dans tous les cas, et à plus forte raison dans les cas douteux, on doit le rechercher,

en particulier dans les cas douteux de grossesse extra-utérine, sa constatation vient faire abandonner un diagnostic erroné jusque-là.





CONCLUSIONS



I. Lorsque les signes du début de la grossesse sont peu marqués, et que le médecin est hésitant, il devra rechercher le signe décrit par Hégart, — qui consiste dans une compressibilité spéciale de la partie de l'utérus située immédiatement au-dessus de l'orifice interne, au-dessus des ligaments sacro-utérins,

Ce signe est fourni par le palper combiné au toucher vaginal ou rectal.

II. Lorsque le signe d'Hégart est constaté, il y a sûrement grossesse, et grossesse intra-utérine.





BIBLIOGRAPHIE



- Compes.* — Aus der Freiburger geburtshülflich gynœkologischen Klinik. Ein neues juveläniges Schwangerschaftszeichen in Berlin-klin.-Wochenschrift 1885, n° 38, p. 608.
- Engelman.* — Thiness of uterine walls simulating extra-uterine pregnancy in American Journal of obstetrics. Décembre 1891, p. 478.
- Löhlein.* — Zur Diagnose der Schwangerschaft in der früheren Monaten bei medicinische Gesellschaft zur Giessen. Sitzung am 15 janv. 1889 in Deutsch med. Wochenschrift, 1889, n° 25, p. 502 et 503.
- Müller (S.).* — Handbuch der Geburtshülfe. Bd. I, § 140.
- Reinl.* — Ein neues sicheres diagnostische Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten in Prager med. Wochenschrift, 1884, n° 26, p. 253.
- c. 6

Selmair. — On Primary Isolated. Hypertrophy of the supra-vaginal Portion of the Cervix. Berlin, 1891.

Sontag E. — Hégear's sign of pregnancy in the American journal of obstetrics and diseases of women and children. Août, 1892, p. 145.

Wenning. — A remarkable case of dextrotorsion of the pregnant uterus simulating extra-uterine pregnancy in American journal of obstetrics, 1890, p. 155.

Vu : par le Président.

Vu : le Doyen,

TILLAUX.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

